

DE
L'ÉPILEPSIE
CHEZ LE VIEILLARD

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
Présentée et soutenue publiquement le Lundi 28 Juillet 1890

PAR

Pierre JABOT

Né le 31 Décembre 1858, à Riom (Puy-de-Dôme)

Examineurs : { MM. HECHT, *Président*.
FELTZ, *professeur*.
SIMON, *agréé*.
P. PARISOT, *agréé*.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.

NANCY
IMPRIMERIE A. NICOLLE, 25, RUE DE LA PÉPINIÈRE
1890



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555011_0048

DE
L'ÉPILEPSIE
CHEZ LE VIEILLARD

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
Présentée et soutenue publiquement le Lundi 28 Juillet 1890

PAR

Pierre JABOT

Né le 31 Décembre 1858, à Riom (Puy-de-Dôme)

Examineurs : { MM. HECHT, *Président*.
FELTZ, *professeur*.
SIMON, *agrégé*.
P. PARISOT, *agrégé*.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.

NANCY
IMPRIMERIE A. NICOLLE, 25, RUE DE LA PÉPINIÈRE

1890

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Doyen : M. HEYDENREICH, A O.

Doyens honoraires : MM. STOLTZ C *, I O, TOURDES, O *, I O.

Professeurs honoraires : MM. STOLTZ C *, I O, TOURDES O *, I O, COZE *, I O

V. PARISOT *, I O, HERRGOTT *, I O, ROUSSEL *, I O, BÉCHET, I O.

Pathologie générale et Pathologie interne.	M. HECHT *, I O, professeur.
Physiologie.....	M. BEAUNIS *, I O, professeur.
Anatomie et Physiologie pathologiques..	M. FELTZ *, I O, professeur.
Clinique médicale.....	M. BERNHEIM, I O, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. GROSS, I O, professeur.
Physique médicale.....	M. CHARPENTIER, I O, professeur.
Hygiène.....	M. POINCARÉ *, I O, professeur.
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, I O, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. HEYDENREICH, I O, professeur.
Pathologie externe.....	M. WEISS, A O, professeur.
Chimie médicale et Toxicologie.....	M. GARNIER, A O, professeur.
Clinique médicale.....	M. SPILLMANN, I O, professeur.
Clinique obstétricale et Accouchements...	M. A. HERRGOTT, A O, professeur.
Médecine légale.....	M. E. PARISOT, A O, professeur adjoint.
Histoire naturelle médicale.....	M. E. DEMANGE, A O, professeur.
Histologie.....	M. MACÉ, A O, professeur.
Anatomie descriptive.....	M. BARABAN, A O, agrégé, chargé du cours.
Matière médicale et Thérapeutique.....	M. NICOLAS, agrégé, chargé du cours.
	M. SCHMITT A O, agrégé, ch. du cours.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies mentales.....	M. LANGLOIS, A O, chargé du cours.
Clinique des maladies des yeux.....	M. ROHMER, A O, agrégé, ch. du cours.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.....	M. SCHMITT, A O, agrégé, ch. du cours.
Clinique des maladies des enfants.....	M. SIMON, agrégé, chargé du cours.
Clinique des maladies des vieillards.....	M. P. PARISOT, agrégé, chargé du cours.
Accouchements.....	M. REMY, agrégé, chargé du cours.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. SCHMITT, A O.	MM. RENÉ, A O.	MM. SIMON.
ROHMER, A O.	NICOLAS.	REMY.
BARABAN, A O.	VAUTRIN.	P. PARISOT.
GUÉRIN.		

AGRÉGÉ LIBRE : M. SCHLAGDENHAUFFEN, I O.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS *, A O, Secrétaire.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE ET A MA SŒUR

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HECHT

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ P. PARISOT

A TOUS MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE NANCY

INTRODUCTION

En prenant pour sujet de notre thèse : « de l'Épilepsie chez le vieillard », nous n'avons pas eu l'intention d'étudier toutes les formes d'épilepsie, qui peuvent survenir au déclin de l'existence. Un travail si considérable, serait certainement au-dessus de nos forces ; d'autre part, les phénomènes épileptiformes, que l'on rencontre dans l'urémie ; dans les lésions cérébrales de la syphilis, dans les tumeurs des os du crâne et de l'encéphale, s'observent tout au moins aussi souvent chez le vieillard, qu'à toute autre période de la vie. Aucun auteur n'a soulevé sur ce sujet la moindre contestation.

Mais en dehors de ces phénomènes épileptiformes, dont les lésions anatomiques sont aujourd'hui décrites, n'existe-t-il pas chez le vieillard des troubles analogues, ne reposant sur aucun substratum anatomique constant ? En d'autres termes, existe-t-il une épilepsie idiopathique, survenant à la dernière période de la vie ?

M. le professeur Grasset, n'admet pas l'épilepsie essentielle. Toute épilepsie, toute névrose est

à ses yeux, symptomatique de quelque chose, soit d'un état local, soit d'un état général, dont la névrose est l'expression (1).

Cette épilepsie dite « idiopathique », n'offrant aucune lésion anatomo-pathologique constante, ne reconnaissant pas une seule et même pathogénie, prête certainement à de nombreuses divisions. Il est possible que plus tard, l'épilepsie cesse d'exister comme entité morbide, qu'elle ne devienne qu'un symptôme commun à différentes affections ; car, son champ se réduit chaque jour de plus en plus. Mais ces divisions sont encore à faire.

Nous étudierons l'épilepsie, *débutant* à partir de l'âge de soixante ans.

Après avoir fait l'historique de la question, nous publierons en les discutant les observations que nous avons recueillies dans le service de M. le Professeur agrégé Parisot, où nous avons occupé par intérim les fonctions d'interne. Nous étudierons ensuite, l'étiologie, la symptomatologie et le diagnostic de l'affection qui nous occupe, et, après avoir dit quelques mots du traitement, nous terminerons en tirant les conclusions qui découlent de la question.

Mais, avant d'aborder notre sujet, nous tenons à remercier M. le professeur Hecht, de l'honneur qu'il nous fait, en acceptant la présidence de notre thèse.

Que M. le professeur agrégé, Pierre Parisot, qui nous a inspiré notre sujet, et nous a guidé dans notre travail, daigne recevoir ici l'expression de notre vive reconnaissance et de notre profonde gratitude, pour l'intérêt et la bienveillance qu'il nous a toujours montrés.

HISTORIQUE

Bien peu d'auteurs ont appelé spécialement l'attention sur l'épilepsie débutant chez le vieillard, et, malgré nos nombreuses recherches, nous n'avons trouvé, sur ce sujet, aucune monographie.

Les observations sont rares, la maladie étant elle-même peu commune chez le vieillard ; d'un autre côté, le médecin appelé près d'un vieillard, ne le voit le plus souvent qu'après l'attaque. On ne lui parle pas des convulsions qui, de nuit, échappent presque toujours aux membres de la famille ; ceux-ci, du reste, cachent toujours avec le plus grand soin une tare héréditaire de l'un des leurs.

Mais de ce que ces faits sont rares, faut-il en conclure, avec MM. les professeurs Lassègue et Fournier, que l'épilepsie soit l'apanage exclusif de l'adolescence ?

Pour M. Lassègue : « L'épilepsie vraie, la plus
« commune, la seule dont il est question ici, et
« qui peut servir de type, ne débute pas à tout
« âge. Elle éclate subitement entre la douzième,
« seizième ou dix-huitième année de la vie. Après

« cette époque, elle doit être regardée comme liée
« à une lésion encéphalique ou comme consécutive
« à un traumatisme (1) ».

Tout en reculant les limites fixées par M. Lassègue, M. Fournier est presque aussi exclusif :
« Si un adulte, au-dessus de trente ans, vient à
« être pris pour la première fois d'une crise épi-
« leptiforme, et cela dans le cours d'une bonne
« santé apparente, il y a huit ou neuf chances sur
« dix pour que cette épilepsie soit d'origine syphi-
« litique. »

Et plus loin, il ajoute : « L'épilepsie vraie ne fait
« jamais son premier début à l'âge mûr, il est
« extraordinaire, presque inouï, qu'elle attende
« pour se révéler la trentième ou la quarantième
« année. »

— « Pour ma part, je déclare n'avoir jamais
« rencontré un seul cas d'épilepsie essentielle,
« s'étant produite pour la première fois dans la
« période moyenne de la vie, non plus qu'au-
« delà (2) ».

Mais cete opinion, malgré la grande autorité des maîtres qui la défendent, est loin d'être admise par tous les auteurs modernes ; et, du reste, elle ne saurait prévaloir devant les faits qui sont nos maîtres à tous.

(1) Lassègue. — *Diagnostic de l'épilepsie*. — *Revue de Médecine*, 1877, p. 506.

(2) Fournier. — *Syphilis du Cerveau*, page 144.

Les auteurs anciens qui n'avaient, sur le diagnostic des lésions cérébrales et de l'urémie, que de vagues notions, confondent souvent avec l'épilepsie un ensemble de symptômes que l'on distingue actuellement sous le nom de phénomènes épileptiformes ou d'épilepsie symptomatique.

En 1650, Forestus publia l'observation d'un brasseur très vieux et très irascible, qui tomba tout à coup dans une attaque d'épilepsie ; grâce à ses soins, il ne mourut pas. Dans la suite, ayant apporté quelque négligence à suivre le traitement prescrit, il retomba dans ses accès. Il tomba un jour subitement, dans une grave attaque, et fut porté chez lui *convulsus ac collapsus*. Le malade ne tarda pas à mourir. L'auteur ajoute : « En effet, « les vieillards atteints d'épilepsie, meurent de « l'attaque ; s'ils survivent, ils restent toujours « *leniter siderati* (1) ».

L'opinion de Forestus et de ses contemporains, n'est donc pas d'une grande valeur.

Mais, nous ne croyons pas que le même reproche puisse être adressé aux auteurs, qui, au commencement du siècle, se sont occupés de l'épilepsie.

Tissot admet l'épilepsie survenant chez le vieillard. Nous avons emprunté à Maisonneuve, trois observations, dans lesquelles les malades sont observés avant, pendant et après l'accès. Il publia

(1) Forestus. — *De Cerebri morbis*, tome I et II, p. 493.
De epilepsia senem interficiente.

plusieurs observations, dans lesquelles il reconnaît comme cause de la maladie, soit une lésion cérébrale, soit une affection vénérienne.

Dans son traité sur l'épilepsie, Portal nous dit : « L'épilepsie est une maladie de tous les âges, elle « est cependant plus commune chez les enfants de « l'un et de l'autre sexe (1) ». Le premier, il décrit une épilepsie par une rétention d'urine.

Dans ses recherches statistiques sur l'épilepsie, Beau, sur 273 malades observés, cite un cas d'épilepsie survenue entre 60 et 61 ans ; mais il n'en publie pas l'observation (2).

Leuret, dans sa statistique de l'hospice de Bicêtre, montre que, sur 106 malades atteints d'épilepsie, six ont été frappés entre la 55^e et la 59^e, un entre la 65^e et la 69^e année (3).

En Angleterre, Reynolds et Heberden citent des cas, où l'épilepsie s'est développée après la 60^e année. Nous n'avons malheureusement pas pu nous procurer ces observations.

Si maintenant, nous passons en revue les auteurs contemporains, nous voyons que l'épilepsie sénile est admise par Herpin : « La seconde moitié de la « vie, en la faisant commencer vers 30 ans, n'offre « qu'un très petit nombre de cas nouveaux, cepen-

(1) Portal, *Epilepsie* p. 120.

(2) *Archives générales de médecine*, t. II, série II, p. 328.

(3) *Archives de médecine* 1843, t. II, 4^e série, p. 33

« dant on y remarque une recrudescence depuis
« 70 ans (1) ».

Trousseau, dans la communication qu'il fit à l'Académie de Médecine, dans la séance du 5 janvier 1861, déclara que certaines congestions cérébrales épileptiformes, ne sont en réalité que de l'épilepsie ; et, à l'appui de son assertion, cita plusieurs cas d'épilepsies survenus pendant la vieillesse. Dans ses leçons cliniques de l'Hôtel-Dieu, il enseigne que : « l'épilepsie s'observe chez les indivi-
« dus de tout âge : il faut reconnaître toutefois,
« qu'elle se montre le plus ordinairement dans
« l'adolescence. Si elle est plus commune qu'on ne
« le croit généralement, dans les premières années
« de la vie, elle n'épargne pas non plus les indivi-
« dus avancés en âge ».

Plus près de nous, Séglas admet également l'épilepsie sénile ; nous citons plus loin l'observation qu'il a publiée dans la *Revue de Médecine*, année 1885.

Dans son article du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, et dans son *Traité des maladies mentales*, M. Aug. Voisin nous dit :
« Aucun âge ne met à l'abri de l'épilepsie, mais
« certaines périodes de la vie fournissent une
« plus grande somme de cas. Ainsi la première

(1) Diagnostic et Traitement de l'épilepsie.

(2) Trousseau, *Cliniques de l'Hôtel-Dieu*, t. II, p. 103.

« enfance, la puberté et l'adolescence. L'homme
« adulte et le vieillard sont moins exposés (1) ».

L'opinion de M. Rosenthal ne diffère pas de celle de M. Voisin : « L'épilepsie peut se montrer
« à tous les âges. La prédisposition la plus mar-
« quée se trouve dans l'enfance, et jusqu'à l'âge
« de 30 ans. Le plus grand nombre des cas se ren-
« contre entre 20 et 30 ans. » (2)

Dans un ouvrage publié il y a quelques mois, M. Féré reconnaît que : « toutes les formes d'épilepsie peuvent se développer à tous les âges. » Si l'on songe que bien des accès passent inaperçus, on est tenté d'admettre avec lui que : « l'épilepsie se rencontre d'ailleurs à un âge avancé plus souvent qu'on ne paraît l'admettre. » (3)

Plusieurs observations d'épilepsie survenue à un âge avancé, que nous trouvons dans la thèse de notre compatriote, le docteur Albert Delanef, ont été communiquées à l'auteur, par M. le professeur Charcot.

Les deux cas d'épilepsie, observés à l'hospice de Saint-Julien, nous ont procuré le plaisir d'entendre notre maître, M. le Professeur agrégé P. Parisot, discuter dans ses leçons cliniques, (5, 8 et 12 juillet 1890) la question de l'épilepsie chez le vieillard.

(1) A. Voisin, *Maladies mentales et nerveuses*, p. 584.

(2) Rosenthal. — *Traité clinique des maladies du système nerveux* p. 583. Traduction française par Lubinsky.

(3) Féré. — *Les épilepsies et les épileptiques*.

La théorie qu'il nous a donnée, pour expliquer le long retard dans la manifestation de la névrose, sera exposée dans le chapitre de l'étiologie.

La loi posée par MM. Lassègue et Fournier, est donc bien loin d'être universellement admise.

Pourquoi nier chez le vieillard la possibilité de devenir épileptique ? Ne voit-on pas bien souvent des névroses et des psychoses se développer chez lui ?

Dans sa thèse inaugurale, M. le docteur Nicolas, inspiré par M. le Professeur Demange, décrit une chorée vulgaire chez le vieillard (1).

La paralysie agitante se rencontre également dans la vieillesse.

Le tremblement dit « sénile » qui souvent commence avant l'âge de 60 ans, débute souvent aussi chez le vieillard.

Toutes les formes d'aliénation mentale, manie, lypémanie, délire des persécutions, érotomanie, paralysie générale, se développent également à un âge avancé.

Pourquoi, entre toutes ces affections du système nerveux, qui reconnaissent le plus souvent pour cause, une tare originelle, l'épilepsie seule, ferait-elle exception ?

La question de savoir si un vieillard peut devenir épileptique, n'est pas une question banale, et,

(1) Nicolas. — *De la chorée vulgaire chez le vieillard*.
Thèse de doctorat, Nancy 1883.

en raison de l'intérêt multiple qu'elle présente, nous ne nous dissimulons pas qu'elle mériterait d'être traitée par une plume plus expérimentée que la nôtre.

Après cet historique, où nous voyons nos maîtres émettre des opinions si diverses et si contradictoires, nous pensons, qu'il est intéressant d'être édifié sur cette question ; et pour ce motif, nous croyons devoir signaler ici l'intérêt qu'elle présente.

1°. — Au point de vue pathologique, cet intérêt a surtout été mis en relief, par Trousseau, dans ses leçons cliniques de l'Hôtel-Dieu : « Un homme
« tombe subitement frappé d'apoplexie, on le relève
« hébété, et, pendant un quart d'heure, une heure,
« plus longtemps peut-être, il reste la tête lourde,
« l'intelligence confuse, la démarche mal assurée ;
« le lendemain tout est fini. »

« Un autre, tout-à-coup, en marchant, a un
« étourdissement ; il cesse de voir, de parler ; il
« marmotte quelques paroles inintelligibles, il
« chancelle et tombe, quelquefois, pour se relever
« incontinent ; cela a duré quelques secondes, il ne
« reste plus qu'un peu de pesanteur de tête, quel-
« quefois une obnubilation intellectuelle momen-
« tanée, et trois ou quatre minutes suffisent pour
« que tout rentre dans l'ordre.

« On dit que ces malades ont eu une congestion
« cérébrale légère, je l'ai dit comme les autres, je
ne le dis plus.

« Il n'y a pas de mois que je ne voie, dans mon
« cabinet, des malades accusés d'apoplexie, qui ne
« sont que des épileptiques (1). »

Du diagnostic découle le pronostic.

2^o *Intérêt thérapeutique.* — L'épilepsie étant reconnue, l'administration du bromure de potassium aura sur le nombre et l'intensité des accès une influence salutaire.

3^o *Intérêt médico-légal.* — Après comme avant l'attaque, l'épileptique n'obéit le plus souvent qu'à ses impulsions. Il n'a plus la faculté de raisonner ses actes, ni la puissance de résister à la force qui le pousse à commettre telle ou telle action. Si on nie l'épilepsie chez le vieillard, il faudra déclarer responsable tout individu avancé en âge qui, tout en étant sujet à des attaques convulsives, aura commis des actes contraires aux lois.

D'après Trousseau : « les annales judiciaires,
« les archives de la préfecture de police, sont rem-
« plies de suicides et de meurtres attribués trop
« souvent par les médecins à ce qu'ils appellent
« des congestions cérébrales, tandis qu'il faut les
« attribuer à l'épilepsie (2). »

L'épilepsie étant admise, la responsabilité du malade peut, dans certains cas, être complètement dégagée.

(1) Trousseau. — *Leçons cliniques de l'Hôtel-Dieu.*

(2) Trousseau. — *Loco citato.*

Ces différentes raisons nous ont conduit à penser qu'il y avait quelque utilité à démontrer l'existence de l'épilepsie se développant chez le vieillard.

OBSERVATIONS

Observation I. (Maisonneuve).

Pierre-Adrien G..., forgeron, âgé de soixante-douze ans, d'un tempérament robuste, né de parents sains, n'avait eu jusqu'à soixante-neuf ans, la moindre atteinte de maladie.

A cet âge, entré à l'Hôtel-Dieu depuis quelque temps, pour se soustraire à la misère, il était fort occupé à coudre ses habits, quand tout à coup il perdit connaissance et eut un véritable accès épileptique.

L'accès passé, il continua de se bien porter jusqu'à sa soixante-douzième année, dans le courant de laquelle, il eut un accès également inattendu. Quelque temps après, il quitta l'Hôtel-Dieu pour se rendre à Bicêtre, où il est depuis quinze ou dix-huit mois. Dans cet intervalle, il n'a eu qu'un accès, au commencement de germinal dernier. Dans cet accès, qui a duré un quart d'heure, les yeux du malade sont ouverts et fixes, une salive écumeuse sort de sa bouche ; sa respiration est stertoreuse, les membres supérieurs sont pris d'un tremblement continu, l'urine et quelquefois les matières fécales sortent involontairement.

Après l'accès, le malade est obligé de garder le lit quelques heures ; hors de là, sa santé ne paraît nullement altérée.

Observation II. (Maisonneuve.)

Marie M..., âgée de soixante-quinze ans, d'un tempérament robuste, née de parents sains, fut de la meilleure santé jusqu'à soixante-deux ans. Ses menstrues, venues à seize ans et cessées naturellement à cinquante, avaient toujours coulé régulièrement. Mariée à vingt-huit ans, elle avait eu huit enfants, dont cinq vivent encore, et se portent bien. A soixante-deux ans, elle perdit son mari, qu'elle aimait beaucoup, et qui mourut subitement dans son lit, à côté d'elle, au milieu de la nuit. Elle en conçut beaucoup de chagrin. Cinq ou six mois après, sans aucun signe précurseur, accès épileptique ; accès pareil tous les quinze jours ou trois semaines, jusqu'à 70 ans, âge auquel elle entra à la Salpêtrière.

Depuis ce temps, les accès se sont rapprochés, et viennent jusqu'à deux fois en huit jours, presque toujours la nuit.

Dans l'accès, la malade est d'une pâleur extrême ; ses lèvres sont bordées d'écume ; les yeux cachés sous la paupière supérieure, ne laissent voir que le blanc ; le corps est agité de secousses ; les bras se raidissent et se contournent dans la pronation. La malade reprend ses sens au bout de quinze ou vingt minutes, et se trouve un peu fatiguée. Entre les accès, elle se porte bien.

Observation III (Maisonneuve).

Pierre D..., âgé de soixante-trois ans, caractère plein de douceur et de gaité, né à Paris de parents sains ; il a un frère et une sœur, l'un âgé de 55 ans, l'autre de 50 ans qui tous deux jouissent d'une excellente santé. La sienne fut très bonne jusqu'à soixante ans. Il y avait alors dix

ans, qu'il avait été forcé d'abandonner la vie régulière qu'il avait menée depuis l'âge de dix-neuf ans dans l'abbaye des Sept-Fonds, où l'on faisait toujours maigre.

A soixante ans, il éprouva sans cause connue le 11 nivôse an IX, trois accès épileptiques dans la nuit. Nouveaux accès trois mois après, et ensuite, de mois en mois jusqu'à la fin de l'année. Depuis ce temps, il a eu chaque mois, tantôt trois, tantôt quatre accès.

Ils n'ont point de signes précurseurs, ont lieu le plus souvent la nuit, le malade étant dans son lit ; on le trouve sans connaissance, ayant les yeux ouverts, injectés, fixes, la figure d'un rose vermeil, la respiration stertoreuse avec l'écume à la bouche, très peu de mouvement convulsifs. Jusqu'au lendemain, le malade est dans un assoupissement comateux.

Les cinq ou six jours qui suivent chaque accès, il ne jouit pas de sa raison ; il mange avec avidité, tantôt reste plus de vingt-quatre heures sans manger. Le retour à la raison a lieu d'une manière insensible ; il est ensuite parfaitement raisonnable jusqu'au retour de l'accès, et exécute toutes ses fonctions, comme s'il jouissait d'une parfaite santé.

Observation IV (Herpin) (1).

R.... âgé de 73 ans, est d'une taille élevée, d'une forte complexion, et a toute l'apparence dite apoplectique. Un frère cadet est mort aliéné. La maladie dure depuis six ans. Les attaques surviennent en hiver, tous les mois environ ; en été, à peu près tous les deux mois, et toujours, à une seule exception près, pendant le sommeil.

(1) Herpin de Genève (*Gazette des Hôpitaux*, 1861), page 33.

La domestique qui soigne R... depuis plusieurs années, et qui couche dans une pièce contiguë, *est averti par un cri* et trouve son maître en proie à d'horribles convulsions de tout le corps, et surtout de la face ; perte absolue de connaissance, visage tuméfié et violet. La mort par asphyxie devient imminente ; la respiration devient râlante et l'écume couvre les lèvres. Le patient tombe ensuite dans un coma profond. Le sommeil ou la somnolence, dure encore pendant une partie de la journée suivante.

Vingt-sept mois après, le malade a succombé à une pneumonie catarrhale.

Observation V (Trousseau).

Vers 1850, on me vint chercher en toute hâte pour un de mes voisins âgé de 70 ans qui, sur le boulevard, avait été frappé d'apoplexie. Il était resté un grand quart-d'heure sans connaissance. J'arrivais au moment où il revenait à lui. Il ne me reconnaissait pas encore, promenait autour de lui des regards hébétés, et agitait ses bras et ses jambes sans avoir conscience de ce qu'il faisait. Les lèvres et le nez étaient gonflés, les yeux injectés. Peu à peu, tout se rétablit sans que j'eusse à faire aucune médecine active. Ce fut l'affaire de quelques heures.

Le valet de chambre me raconta alors que son maître avait eu plusieurs attaques de ce genre depuis deux ou trois ans, et que ces accidents s'étaient dissipés de la même manière, une fois, à la suite d'une saignée, les autres fois après un bain de pieds sinapisé.

Le vieillard vit encore, et presque chaque année, il a une ou deux de ces attaques. Depuis sa chute sur le boulevard, il ne sort jamais sans son domestique, et celui-ci m'a raconté qu'au moment où son maître est gisant à terre, il a des grimaces dans le visage, des secousses dans l'un des bras, qui ne durent qu'une minute ; mais qui suffisent amplement à caractériser l'épilepsie.

Observation VI (Devay [1]).

M... âgé de soixante-seize ans, affecté d'une nuance d'hypocondrie dans tout le cours de sa vie, fut atteint dans le courant de l'hiver 1851, d'une attaque pour laquelle nous fûmes appelé pendant la nuit.

Nous trouvons le malade, atteint d'une perte de connaissance, sur le décubitus latéral droit, la figure un peu congestionnée, présentant une distorsion de tous les traits du visage, de véritables convulsions éclamptiques; les muscles du nez et des lèvres particulièrement contractés donnent au visage l'aspect d'un satyre. Les membres ne présentent rien de contracté et de convulsé. La respiration est haute, sans être stertoreuse. Nous vîmes là une crise épileptiforme, et le domestique, qui couchait dans le cabinet à côté, nous apprit qu'il avait entendu le malade, une heure avant, *pousser un grand cri*. Rien, la veille, ne pouvait faire prévoir un pareil accident.

M... reprend ses sens au bout de deux heures, regarde autour de lui d'un air hagard, ne se souvient de rien: il accuse une légère céphalalgie. Quatre mois plus tard, nouvelle atteinte, mêmes symptômes, même durée. Nouvelle crise, sept mois après, survenue un matin. A partir de cette époque, les crises ont moins d'intervalle, et il en éprouve deux autres dans la même semaine qui a suivi la seconde.

A partir de cette secousse, un intervalle de cinq mois sépare la cinquième. La santé générale commence à présenter quelques signes d'affaiblissement musculaire et un peu d'amnésie.

(1) Devay (Hôtel-Dieu, Lyon 1861).

A partir de cette époque jusqu'à ce jour, nous comptons dix-sept attaques : ainsi, notre malade en a éprouvé vingt-deux, qui ont présenté les mêmes symptômes.

M... avait conservé la plénitude de ses facultés viriles ; il était obligé fréquemment de céder à leurs exigences, les crises survenaient la nuit au moment de douloureuses érections ; il lui semblait qu'elles avaient plus de tendance à se répéter lorsqu'il avait plus souvent assouvi son besoin.

Observation VII. (Devay.)

X..., âgé de 64 ans, s'est adonné à tous les excès, sans que sa santé générale ait été compromise. Il a conservé une puissance génésique et une puissance virile, qui seraient extraordinaires même à la fleur de l'âge. Il passe sa vie, au sein des sociétés licencieuses. A cela, se joignent des excès de table presque quotidiens. Ce malade est saisi étant au café, d'une perte de connaissance et de symptômes convulsifs, dans le courant de l'hiver 1858. Il est ramené chez lui, où nous le trouvons, le facies hébété, ne se souvenant de rien. Les renseignements pris dans l'établissement, constatent que le *malade a poussé un cri, puis est tombé, qu'il a eu des convulsions de la face et des membres.*

Trois mois après, le malade n'ayant rien changé à ses habitudes, est frappé de ce qu'on appelle une seconde attaque chez lui, à neuf heures du soir. Cette fois nous l'observons et nous assistons à une véritable crise épileptiforme. Pouls distendu, yeux tournés en haut, écume sanguinolente aux lèvres, décubitus sur le côté droit, avec convulsions éclamptiques des membres supérieurs et inférieurs : rigidité générale.

Cette crise dure environ trois quarts d'heure. Après la

crise, nous observons un affaiblissement musculaire considérable, et une grande inertie intellectuelle.

Au bout d'un an, le malade ayant fait fait de nouveaux excès, eut une nouvelle crise. Tout porte à croire qu'il y en aura d'autres.

DEVAY.

Réflexions. — Observation VI. — Cri — perte de connaissance — distorsion de *tous les traits* du visage — obnubilation intellectuelle après l'attaque — pas de paralysies consécutives. Tels sont les principaux caractères de cette observation.

Observation VII — Le malade pousse un cri, perd connaissance et tombe, puis surviennent des convulsions de la face et des membres.

Dans une seconde attaque. — Yeux tournés en haut, écume aux lèvres, convulsions éclamptiques de tous les membres.

Dans le premier cas, nous avons affaire à un homme qui pendant toute sa vie a été légèrement hypochondriaque. Dans le second cas, nous sommes en présence d'un individu qui fait exception à la règle commune, conservant à un âge avancé, les passions ardentes de la jeunesse.

D'un tempérament diamétralement opposé, ils sont frappés d'épilepsie à la suite des mêmes actes.

Les appétits sexuels ont-ils provoqué la maladie comme le veulent Delasiauve et Tissot? ou n'en ont-ils été que la cause comme le dit Leuret.

Nous nous rangeons à l'avis de Delasiauve et nous croyons que l'acte vénérien a été non l'effet de la maladie, qui avant ne s'était pas déclarée, mais bien la cause déterminante de l'affection.

Observation VIII (Herpin)

S. M..., sexe féminin, début des vertiges vers soixante-dix-huit ans. Première attaque dix ans après (25 juin 1850) ; neuf jours après, nouvelle attaque ; puis trois autres le lendemain. Commencé immédiatement un traitement à l'oxyde de zinc, 13 grammes en cinq semaines, puis une courte cure de valériane en poudre. Aucune attaque, ni vertige, depuis trois mois.

Observation IX (Devay)

M..., âgé de soixante-neuf ans, cède à une dangereuse tentation ; il contracte un chancre à la verge, suivi plus tard de plaques et de roséole. Il est vu dans cet état par un de mes collègues ici présent. Un traitement approprié met fin à ces accidents, que je ne fais que signaler ici.

Quatre mois après, en juin 1852, M..., qui, avant son accident, avait mené une vie régulière, éprouve le besoin de satisfaire l'instinct de la reproduction. Il est frappé au milieu de l'acte de symptômes convulsifs. Un quart-d'heure après, nous constatons la perte de connaissance, la contraction des traits du visage, une légère contracture de la main gauche, une insensibilité complète des téguements. Au bout d'une demi-heure, surviennent des pandiculations ; le malade ouvre les yeux, promène un regard d'hébétude autour de lui, et n'a aucun souvenir.

Le lendemain, il travaillait à son bureau. Un an après, nouvelle crise survenue dans les mêmes circonstances ; ce dont nous ne sommes pas témoin.

Réflexion. — Doit-on attribuer à la syphilis les accidents épileptiques observés chez M...? Nous ne le croyons pas, l'attaque est survenue brus-

quement pendant le coït, sans phénomènes précurseurs. D'autre part, s'il est vrai que l'on puisse observer des phénomènes épileptiformes dans certains cas de syphilis précoce, ces cas sont tellement rares que Gaudichier dans sa thèse : Sur l'échéance des accidents cérébraux dans la syphilis 1, n'a pu en réunir que deux cas :

Observation X (Portal).

Leleu, âgée de 74 ans ; menstruation de 21 à 48 ans ; à 67 ans, fraveur, épilepsie ; attaques très fréquentes dans le principe, puis environ tous les mois ; point de prodromes. Perte complète de la mémoire et du jugement ; affection de cœur ; gastro-entérite chronique ; refus de médicaments. Quelques jours avant sa mort, attaques tous les jours, accompagnées de vertiges.

Observation XI (Résumée). — Thèse de Blondeau.

Herb... (Marie), âgée de 72 ans, entre dans le service de M. Charcot, le 25 août 1860, pour des varices et un eczéma variqueux.

Le 24 janvier 1861, Herb... a un accès. Elle dit que tout tourne autour d'elle, et qu'elle va tomber, quoiqu'elle soit couchée dans son lit. Cet accès a commencé hier au soir. La malade se plaint de chaleurs qui lui montent à la face, elle rougit alors et dit qu'elle va tomber. Elle pâlit après que la chaleur est passée. Bourdonnement d'oreilles avec tournoiement de tête. Envies de vomir.

(1) Gaudichier. — Thèse de doctorat, Paris 1886.

1^{er} février. — Nouvel accès hier soir. Obnubilation de la vue. Herb..., sort le 10 mars 1863.

Elle entre de nouveau le 5 avril 1863. La veille, étant aux cabinets, elle a été prise d'étourdissements, et elle est tombée sans connaissance ; elle s'est relevée elle-même. Dans sa chute, il s'est produit une plaie à la partie postérieure de la tête. Depuis ce temps elle éprouve des étourdissements, elle est comme ahurie et ne sait où elle est.

17 avril. — Mêmes accès et mêmes étourdissements, H... sort améliorée le 30 avril 1863.

On apprend que tous les jours, H... fréquente la cantine.

Le 18 juillet 1869 rentrant à la Salpêtrière, Herb... tombe sans connaissance, près de la porte d'entrée. L'interne de garde ne put que constater la mort.

Dans les derniers mois, l'intelligence de notre malade était devenue très faible, elle ramassait des chiffons dans la cour et en faisait un paquet. Elle aurait éprouvé un *accès violent* avec perte de connaissance, en janvier 1869. Cet accès aurait duré un quart d'heure. Elle en aurait eu un autre plus court, en février.

Autopsie. Encéphale. Rien. Les artères ne sont que peu athéromateuses.

Cœur flasque, coloration feuille morte, cavités dilatées, pas de lésions valvulaires.

Observation XII. (Thèse Delanef).

Un gentleman âgé de 76 ans, était depuis quarante ans sujet à des attaques de goutte aiguë. Depuis peu de temps, les accès de goutte étaient devenus si faibles, et avaient pris un caractère si atonique, qu'il n'y faisait guère attention, vivait généreusement et sortait par tous les temps.

En 1850, étant souffrant d'une légère attaque de goutte articulaire, qu'il négligeait entièrement, il tomba subitement de sa chaise, pendant un repas, en proie à des convulsions générales d'épilepsie, l'écume à la bouche, complètement insensible, la respiration ronflante, la face pâle, les veines du front et du crâne gonflées, le pouls irrégulier, intermittent et lent. Etant éloigné de tout secours médical, on ne fit presque rien pour le soulager, et, après être resté pendant quelques heures, dans un état comateux, il revint graduellement à lui. En examinant alors le pied qui était le siège de l'attaque de l'accès de goutte, on put constater la disparition de la rougeur et de la douleur.

Pendant les deux années qui s'écoulèrent entre cette attaque et sa mort, survinrent de nouvelles crises épileptiques : mais les traces ou symptômes de goutte régulières ne se montraient qu'avec difficulté. Si, dans l'intervalle de ses attaques, le malade était dans un état de santé passable, dans quelques circonstances, il se plaignait de céphalalgie, de sensations pénibles dans la tête. Le pouls continua toujours à être intermittent, et battait 36 à 38 fois par minute, probablement par suite de la dilatation et de la faiblesse du cœur.

Observation XIII. (Thèse Delanef).

Madame Flam..., âgée de 64 ans, vint à la consultation de la Salpêtrière en 1881.

Antécédents héréditaires. — Le grand père maternel a souffert de plusieurs attaques de rhumatisme ; il est mort à un âge avancé d'une attaque d'apoplexie. Le père de la malade est mort à l'âge de 77 ans après avoir été bien portant pendant sa vie.

La mère âgée de 84 ans, vit encore, elle a toujours été *nerveuse* ; mais a joui d'une bonne santé.

Madame Flam..., a deux fils très vigoureux.

Antécédents personnels. — Bonne santé dans l'enfance, pas de convulsions ; depuis 6 ans jusqu'à 12 ans, elle a été sujette à des accès de *somnambulisme*, pendant lesquels elle se levait de son lit et courait dans la maison.

La menstruation s'est établie à 14 ans, et depuis a toujours été très régulière. A plusieurs reprises Madame Flam..., a été atteinte d'érysipèle de la face.

Ménopause à 48 ans, sans accidents.

En 1881, elle éprouva des crises convulsives pour lesquelles elle vint à la consultation du professeur Charcot à la Salpêtrière.

Un matin du mois d'avril 1881, à huit heures, en faisant son ménage, elle tomba brusquement sans avoir été avertie par aucun phénomène ; aussitôt tombée, elle est prise de secousses dans tous les membres. Pendant une demi heure, elle reste plongée dans un coma profond, et au bout de ce temps, en reprenant connaissance, elle s'aperçoit qu'elle s'est *mordu la langue*.

Elle n'a pas conscience de ce qui vient de ce passer ; c'est son fils qui raconte son attaque.

Huit jours après, nouvelle crise identique à la première. En l'espace de deux mois, elle a eu cinq attaques.

Le traitement par l'élixir du docteur Yvon, scrupuleusement suivi, a fait cesser les attaques, et la malade, que nous avons revue chez elle, nous dit qu'elle a encore de rares vertiges ; la mémoire a faibli.

Observation XIV (Ségla).

V..., soixante-quatre ans, mégissier.

Antécédents de famille : Les renseignements pris ne nous ont éclairé en rien sur la santé du père, mort à 85 ans, ni

sur celle de la mère morte à 68 ans. Notre malade a un frère et une sœur ; nous ne savons rien sur la sœur. Quant au frère, il *s'est développé très tardivement*, il a eu des *attaques épileptiques* vers l'âge de dix-huit ans ; il *boit* paraît-il. Une nièce névropathe, présente même actuellement des accidents neurasthéniques prononcées ; elle a une fille actuellement internée à la Salpêtrière dans le service de M. Fabret. Enfin, notre malade a eu deux enfants : 1^o une fille morte à dix ans de *convulsions* ; 2^o un fils, qui a toujours été un mauvais sujet, à vie instable irrégulière, est actuellement soldat, et vient d'être condamné à dix ans de travaux forcés pour tentative de meurtre sur l'un de ses chefs.

Antécédents personnels. — V.... s'est développé assez tardivement il a parlé tard, n'a marché qu'à quatre ou cinq ans ; il a eu, à sept ans, pendant dix-huit mois, la danse de Saint-Guy ; il a pissé au lit jusqu'à dix-huit ans et était sujet à des terreurs nocturnes fréquentes.

Il a eu, pendant son service militaire en Algérie, des fièvres intermittentes graves, avec accès délirants, le scorbut en Crimée. Pas d'accidents syphilitiques. Habitudes alcooliques sur lesquelles nous reviendrons.

Les accidents *épileptiques* sont apparus, il y a deux ans, sous l'influence dit-on, du chagrin causé par la condamnation de son fils. La première année, il n'a eu que deux ou trois attaques, puis elles sont devenues plus fréquentes ; la deuxième année, il en a d'abord eu trois dans un mois, puis trois par semaine et à espaces réguliers ; puis tous les jours, et quelquefois deux le même jour. Ces attaques arrivent presque toujours la nuit, de minuit à quatre heures. Il n'y a pas d'aura ; il pousse un cri, tombe subitement à terre, se raidit ; puis arrivent les convulsions cloniques : sa figure est alors toute « décomposée » ; une mousse sanguinolente s'échappe de ses

lèvres, puis il ronfle et s'endort. Pendant les attaques, il a toujours des mictions et souvent même des défécations involontaires. Jamais il n'a présenté d'impulsions violentes à la suite des accès, dont il n'a d'ailleurs aucune conscience, et dont il ne garde aucun souvenir. En plus des accès, il présente aussi des crises de *petit mal*, consistant en des sortes de vertiges très courts, s'accompagnant seulement de quelques spasmes nerveux dans les bras, sans chute, et dont il n'a également ni conscience ni souvenir.

Le mal comitial a eu, depuis son apparition, un trouble assez marqué sur l'intelligence. Les facultés intellectuelles en sont considérablement amoindries, en particulier la mémoire ; il travaille, mais n'est plus à son affaire ; en outre, il est devenu capricieux, sujet à des accès de colère, et même brutal. De plus il boit plus qu'auparavant et il s'enivre même très facilement. Cela lui arrive à peu près deux fois par semaine ; il devient alors très méchant. C'est aussi dans ces moments que les accès épileptiques apparaissent de préférence. Il ne boit pas d'absinthe, mais surtout du vin et du cognac.

Au point de vue physique, il est bien constitué. Pas d'asymétrie cranio-faciale. Les appareils respiratoires et circulatoires sont sains. Pas d'œdème des extrémités. Du côté de la peau, rien ne révèle les traces d'une syphilis antérieure.

Le système nerveux présente des inversions pathologiques, dont la plus grande part nous semble devoir être attribuée aux habitudes alcooliques.

Les membres, surtout les membres supérieurs, sont atteints de tremblement alcoolique. La langue semble indemne. Il y a un peu d'affaiblissement de la jambe droite, mais pas de troubles de la marche. Les réflexes sont normaux.

Le sommeil est assez régulier, souvent agité, troublé

par des cauchemars, survenant en dehors des accès épileptiques, et dans lesquels, il voit des fantômes, crie au voleur ! et se débat.

Réflexions. — L'alcoolisme n'a été que la cause déterminante. La vraie cause se trouve dans l'hérédité. On retrouve en effet chez ses collatéraux, chez ses enfants et chez lui, les marques évidentes de l'hérédité nerveuse. Son frère, arriéré, a eu des attaques épileptiques, sa sœur est neurasthénique, sa nièce aliénée, sa fille est morte de convulsions ; lui-même a eu la danse de Saint-Guy et a pissé au lit jusqu'à l'âge de dix-huit ans.

Observation XV (Personnelle).

Metzelard Joseph, âgé de 66 ans. Exerçait autrefois la profession de tailleur.

Antécédents héréditaires. — Père alcoolique, quand il entrait ivre à la maison, sa femme ne manquait jamais de lui dire : « Tu deviendras fou comme ton père. » Ce qui nous autorise à penser que le grand père de Metzelard était aliéné. Le frère de notre malade, qui nous fournit ces renseignements, n'a jamais eu d'accidents nerveux, il mène une vie très régulière. Des quatre filles de Metzelard, trois sont très impressionnables, ont souvent des impatiences dans les membres ; la quatrième a l'intelligence peu développée ; elle s'adonnerait aussi à la boisson. La sœur de Metzelard, morte à un âge avancé, ne présentait rien de spécial.

Antécédents personnels. — Bon ouvrier, mais fort buveur de vin et d'eau-de-vie. N'a jamais eu d'attaque dans son enfance. Nous avons interrogé deux de ses filles et son frère, sur l'époque du début de ses attaques. Ils ne

s'accordent ni sur l'époque du début (ils varient entre 1888 et 1890), ni sur la description de l'attaque. Mais il est certain que Metzelard n'a pas eu d'attaques avant l'âge de 64 ans.

Entré à Saint-Julien dans le service de M. P. Parisot, en janvier 1890, le malade s'évade au bout de trois mois de séjour, vend le peu qu'il possède, dépense en boisson le produit de la vente, puis essaye de se noyer. Il aurait eu plusieurs attaques en janvier,

Il entre de nouveau à Saint-Julien le 3 juin. On l'occupe dans l'établissement à des réparations d'habits.

Le 12 juin au matin, nous le trouvons assis sur son lit; sa respiration est laborieuse et fréquente; à l'auscultation, râles et sibilances passagers. L'intelligence est nette.

Le 13 juin à 1 heure 1/2 du matin, le malade a une crise qui a duré 20 minutes, et a été suivie de plusieurs autres. A 9 heures du matin, nous avons été témoin de la 5^e crise.

La période convulsive a duré une minute, puis période stertoreuse assez prolongée. Insensibilité de la cornée, selles et urines involontaires. Perte de connaissance complète, convulsions généralisées. Obnubilation intellectuelle persistante.

Le 14 juin, on diagnostique une broncho-pneumonie du côté gauche, dont il est complètement guéri le 26 juin.

2 juillet. — Le malade présente une diminution considérable de la mémoire. Il est incapable de faire le moindre travail.

8 juillet. — Metzelard a eu deux crises cette nuit. Ce matin, il a essayé de frapper, sans motifs, ses voisins de lit; les troubles intellectuels sont très prononcés, la perte de la mémoire à peu près complète.

Réflexions. — L'hérédité et l'alcoolisme nous semblent des causes suffisantes pour expliquer l'épilepsie de notre malade. Ici, nous avons la

forme grand mal. Ces accès sont venus spontanément, ou bien se sont manifestés au début d'une broncho-pneumonie. Après l'accès, il existe une obnubilation intellectuelle assez persistante. Depuis les dernières attaques, il s'est produit chez Metzeldard un affaiblissement intellectuel voisin de la démence, qui le rend impropre au métier de tailleur qu'il occupait à Saint-Julien.

Observation XVI (Personnelle)

Goblet (François), âgé de 81 ans, occupe actuellement le lit n° 42, de la clinique des vieillards, dirigée par M. le professeur agrégé P. Parisot.

Antécédents héréditaires. — Père alcoolique, mort subitement pendant un repas, à l'âge de 57 ans. Mère vive et emportée, n'ayant jamais eu de phénomènes hystériques. Notre malade a eu sept frères ou sœurs ; quatre sont morts en bas âge, un cinquième est mort de la petite vérole ; un autre, d'une maladie de cœur, à l'âge de 25 ans. La sœur de Goblet vit encore ; c'est une femme très calme ; elle a plusieurs enfants ; aucun d'eux ne présente de troubles nerveux.

Antécédents personnels. — Le malade n'a présenté dans son enfance aucune manifestation nerveuse. A l'âge de 21 ans, il part pour l'Algérie, où il sert dans le 2^e régiment de génie pendant 7 ans. A son retour d'Afrique, Goblet se marie ; après un mois de mariage il abandonne sa femme. Depuis cette époque on ne lui connaît qu'une seule passion, le vin. Peu soucieux de ce qu'il lui restera pour vivre, il dépense en libations, en 48 heures, l'argent de quinze jours de travail. C'est dans cet alcoolisme aigu, presque impulsif, qu'il trouve sa seule satisfaction.

Goblet, comme maçon, aurait fait plusieurs chutes ; la dernière remonterait à 1864, la tête aurait porté sur le sol et il aurait perdu connaissance. Cette chute n'aurait pas eu de conséquences dans la suite, ni paralysie, ni déformation. Aujourd'hui, nous ne trouvons sur le crâne, aucune trace de traumatisme.

Pas d'antécédents syphilitiques.

Tous ces renseignements que nous avons cherché à avoir d'une façon complète et précise, nous ont été fournis en juin 1889 par la sœur du malade et ses anciens compagnons de travail.

Entré à l'hôpital civil en janvier 1888, pour une hydro-pisie d'origine cardiaque, le malade en sort guéri quelques jours après. Il y entre de nouveau au mois de mars, pour la même affection. C'est à peu près à cette époque qu'il aurait eu, à l'hôpital, sa première attaque d'épilepsie. Nous ne faisons que rappeler son naïf récit : « On m'a donné une potion qu'on m'avait dit être très forte pour me faire désenfler ; dès que je l'ai eu prise, il m'a sorti par la bouche et par le nez comme des bouffées de fumée. »

Il semble donc avoir eu, au moment où il prenait sa potion, une forte impression morale. Le même soir, il a sa première crise. Depuis, les crises se répètent nombreuses, 6, 8, 10 et même 12 chaque jour, et cela pendant au moins trois mois. Un jour se promenant dans l'hôpital, étant à peu près guéri, Goblet tomba sans connaissance sur l'escalier.

Il quitte l'hôpital civil pour entrer à Saint Julien, où il entra le 10 décembre 1888 à la clinique des vieillards dirigée alors par M. le professeur Demange.

Sur l'observation prise à cette époque par M. Sibut, interne du service, nous trouvons quelques renseignements sur les antécédents du malade. Les accès dont il a donné la description, d'après les récits de Goblet et de ses

voisins, semblent, autant qu'on peut en juger actuellement, analogues à ceux dont nous avons été témoin, et dont nous donnerons plus loin la description détaillée.

L'urine a été examinée plusieurs fois ; on n'a jamais trouvé d'albumine.

Onze crises d'épilepsie ont été indiquées du 10 au 18 décembre 1888. A partir de cette époque, jusqu'au 15 mai 1889, date à laquelle M. le professeur agrégé Parisot a été chargé de la clinique des vieillards, l'observation ne mentionne aucune crise.

Le 18 mai 1889, et les jours suivants, il a eu quelques crises. Il resta ensuite pendant environ deux mois sans en avoir de nouvelles. En octobre et novembre il en aurait eu de loin en loin quelques unes. Le 10 décembre, Goblet a une crise d'épilepsie plus forte que de coutume ; en revenant du lavabo, il tombe sur le plancher et présente des convulsions dans les deux *membres supérieurs et dans la face*. Nous arrivons à la fin de la crise ; le malade interpellé nous regarde avec des yeux hagards, comme s'il sortait d'un rêve.

Voici la description d'un de ces accès habituels, qui s'est produit sous nos yeux le 15 janvier 1890.

Le malade pâlit, son pouls devient petit, fréquent, incomptable ; sa respiration s'accélère ; puis il tombe. Sa face est tournée du côté droit, la bouche est entr'ouverte, la face grimaçante, les yeux sont convulsés et regardent à droite. Les membres ne présentent ni convulsions, ni contractures, mais les pupilles sont dilatées et ne réagissent pas à la lumière ; la perte de connaissance est complète.

L'attaque dure une minute. Tout à coup, le pouls devient plus ample, la coloration de la face apparaît et, presque aussitôt, les pupilles se contractent à l'approche de la lumière. Pendant une demi-heure à peu près, le malade présente de l'obnubilation intellectuelle.

Pour être complet, nous devons ajouter qu'avant l'attaque, le malade éprouve une aura assez prolongée partant de l'ombilic et allant à la tête.

Après l'attaque, le malade a souvent plusieurs selles abondantes et très liquides. Dans plusieurs attaques, on a observé des vomissements.

Les attaques surviennent soit le jour, soit la nuit. Les attaques nocturnes ne se révèlent au malade, que par la pesanteur de tête qu'il éprouve à son réveil.

Depuis le 15 février, le malade a été suivi de très près par nous-même ; nous avons assisté à plusieurs de ses crises.

L'urine a été examinée tous les trois ou quatre jours ; nous n'avons jamais trouvé d'albumine.

Le malade ne passe pas huit jours sans avoir une attaque. A son dire, l'aura est plus longue qu'au début, il peut maintenant choisir sa place pour tomber, l'intelligence n'a pas sensiblement diminué ; l'état général est bon.

Le cœur est hypertrophié, la pointe bat dans le septième espace, les bruits du cœur sont irréguliers, les artères très athéromateuses. Le pouls, au doigt comme au tracé sphymographique, est petit, fréquent, irrégulier, et inégal.

Pas de souffle, pas de dédoublement.

Le 15 février 1889, en notre présence, le malade présente quatre ou cinq crises analogues à celle que nous venons de décrire.

Traitement. — Potion avec bromure de potassium 4 grammes.

20 février. — Le malade a pris trois potions de bromure depuis le 15. Pas d'attaques depuis cette époque ; mais il se plaint de vertiges et de douleurs dans la tête.

21 février. — On fait lever le malade ; aussitôt, il a une série d'inspirations fréquentes et profondes, il pâlit ; les

bruits du cœur sont fréquents. Cet état dure environ deux minutes. Pas de perte de connaissance, de vertiges ni de chute ; mais il se plaint d'un battement épigastrique très appréciable à la main.

7 mars. — Le malade a eu deux crises ce matin, hier a éprouvé un vertige. Selles abondantes et liquides après chaque crise.

14 mars. — Nouvelle crise.

24 mars. — Crise sans cause connue pendant laquelle vomissements et urines involontaires.

Crises le 25 et 26 mars.

31 mars. — Pas de crise depuis 5 jours, aurait cependant éprouvé le 30 au soir ce qu'il appelle « *un feu d'artifice dans la tête.* »

3 avril. — Hier vers 2 heures aurait éprouvé une série de vertiges. Ce matin le malade n'a éprouvé aucune lassitude, quoique l'examen ait duré assez longtemps le malade étant debout.

7 avril. — Crise ce matin à 7 heure et demie.

14 avril. — Le malade a éprouvé à 2 heures de l'après midi deux auras successives.

15 avril. — Crise d'une durée de 20 minutes.

16 avril. — Crise à 2 heures et demie, durée un quart d'heure, vomissement à la fin de la crise.

27 avril à 9 heures du matin, le malade a éprouvé une violente douleur, au niveau de l'ombilic et a perdu connaissance.

7 mai. — Le malade a eu une forte crise, l'obnubilation intellectuelle consécutive a duré plus de deux heures.

9 mai. — Crise à 5 heures du matin.

11 mai. — Sur notre ordre, le malade monte et descend l'escalier ; à la suite de ce travail musculaire forcé, sa respiration est gênée et haletante. Il pâlit, perd connaissance et présente une crise analogue à celle que nous avons vue.

15 mai. — Crise à 11 heures du matin.

23 mai. — Crise à 7 heures du soir avec aura céphalique, le malade à ce moment était couché.

25 mai. — Crise à 3 heures du soir. Après la crise, sueurs abondantes.

13 juin. — Vers 2 heures de l'après-midi, le malade assis près de son lit a brusquement perdu connaissance ; vomissements de matières alimentaires par la bouche et par le nez. Durée de l'accès, un quart d'heure. Nouvelle crise à 5 heures du soir. Après chaque crise un peu violente, le malade nous dit qu'il vomit.

1^{er} juillet. — Le malade n'a pas eu de nouvelles attaques, mais il éprouve souvent une sensation particulière dans la tête : « On dirait une souris qui ronge. »

Réflexion. — C'est avec intention que nous avons rapporté avec ce luxe de détails cette observation, il s'agit ici d'épilepsie essentielle à forme d'accès incomplet. L'absence de syphilis, de déformation accidentelle du crâne, d'albumine dans l'urine, de paralysies ou de contractures persistantes, l'affection se présentant sous forme d'aura ou d'accès convulsifs incomplets, les phénomènes post paroxysmiques montrent que nous n'avons pas affaire à des phénomènes épileptiformes, mais à de l'épilepsie.

La cause prédisposante doit-être recherchée dans l'alcoolisme paternel et dans les habitudes d'intempérance du malade. Quant à la cause occasionnelle, nous l'avons trouvée, tantôt dans les troubles circulatoires, tantôt dans une impression morale ; quelquefois elle nous a échappé.

Dans les divers auteurs que nous avons consultés, nous avons trouvé plusieurs indications de cas d'épilepsie survenue à un âge avancé.

Poilroux a publié, d'après le dictionnaire annuel des sciences médicales de P. Garnier, un cas d'épilepsie chez une femme de soixante-dix ans, dans un livre publié en 1823 et intitulé : « De l'épilepsie. »

D'après M. Féré (les épilepsies et les épileptiques, page 228), Calmeil cite une femme de 73 ans, chez laquelle la démence se serait manifestée dans les premiers mois qui ont suivi l'attaque. (De l'épilepsie étudiée sous le rapport de son siège et de son influence sur la production de l'aliénation mentale, thèse de doctorat, Paris 1824).

D'après Ziemssen, tome XII, art Nothnagel, Reynolds et Heberden, ont publié, en Angleterre, des cas analogues.

Nous n'avons malheureusement pas pu nous procurer ces observations.

TABLEAU DES OBSERVATIONS

Nombre.	Sexe.	Age de début.	Forme de la maladie.	Cause prédisposante.	Cause déterminante.
Observation I . .	Masculin.	69 ans.	Grand mal.	Inconnue.	Inconnue.
Observation II . .	Féminin.	62 ans.	Grand mal. /	»	Frayer et chagrins.
Observation III . .	Masculin.	60 ans.	Accès incomplet.	»	Modification apportée dans la manière de vivre.
Observation IV . .	Masculin.	73 ans.	Grand mal.	Hérédité.	Inconnue.
Observation V . .	Masculin.	70 ans.	Accès incomplet.	Inconnue.	Inconnue.
Observation VI . .	Masculin.	76 ans.	Grand mal.	Antérieurement hypochondrie	Excès vénériens.
Observation VII . .	Masculin.	64 ans.	Grand mal.	Inconnue.	Excès de toutes sortes.
Observation VIII . .	Féminin.	78 ans.	Petit mal, puis grand mal.	Inconnue.	Inconnue.
Observation IX . .	Masculin.	69 ans.	Accès incomplet.	Inconnue.	Excès vénériens.
Observation X . .	Féminin.	67 ans.	Probablement grand mal.	Inconnue.	Frayer.
Observation XI . .	Féminin.	72 ans.	Accès incomplet.	Inconnue.	Alcoolisme.
Observation XII . .	Masculin.	76 ans.	Grand mal.	Inconnue.	Goutte.
Observation XIII . .	Féminin.	64 ans.	Grand mal.	Hérédité.	Inconnue.
Observation XIV . .	Masculin.	62 ans.	Grand mal.	Hérédité.	Alcoolisme.
Observation XV . .	Masculin.	64 ans.	Grand mal.	Hérédité.	Alcoolisme.
Observation XVI . .	Masculin.	78 ans.	Accès incomplet.	Hérédité.	Affect. organique du cœur

ÉTIOLOGIE

Quel que soit l'âge auquel l'affection ait commencé, les causes de l'épilepsie sont les mêmes.

Ces causes sont, les unes prédisposantes, les autres déterminantes.

Les causes **prédisposantes** sont : 1° le tempérament chez les individus non héréditaires ; mais pourvus d'une grande exaltation de la sensibilité (1).

2° L'hérédité.

Comme causes héréditaires, nous trouvons par ordre de fréquence :

a). L'hérédité nerveuse (névroses et psychoses diverses) chez les ascendants ou chez les collatéraux.

b). L'alcoolisme chronique ou l'alcoolisme aigu, au moment de la conception, Voisin en rapporte deux cas.

c). Le diabète arthritique, migraine, goutte, éruptions cutanées.

d). Névrose similaire.

(1) Voisin. — *Maladies mentales*, page 584.

Les causes **occasionnelles** sont nombreuses. La peur, les chagrins, le surmenage, l'alcoolisme, les excès vénériens, la moindre résistance de l'organisme détérioré par les excès ou usé par l'âge, les affections organiques du cœur, la pneumonie, sont les causes principales qui, chez un individu en puissance d'épilepsie, la font éclore.

Nous admettons, à juste titre, qu'une prédisposition est nécessaire. Si cette prédisposition est forte, sous l'occasion de la cause occasionnelle la plus futile, l'épilepsie éclatera au début même de l'existence.

Si la cause prédisposante est faible: pour qu'une cause occasionnelle puisse agir, il faudra que le genre de vie de l'individu ait fortifié, doublé en quelque sorte, la prédisposition héréditaire, et qu'il ait acquis par lui-même cette tare nerveuse, que ses parents ne lui avaient que faiblement transmise.

Ceci n'est peut-être pas tout à fait une simple vue de l'esprit, car, dans les observations qui ont trait à des hommes avancés en âge, l'hérédité nerveuse est faible, et quelquefois nous ne la trouvons pas.

Parmi ces malades, les uns se sont constitué eux-mêmes leur patrimoine pathologique, les autres n'ont fait que le compléter.

Cette explication nous semble la plus probable; c'est celle qui nous a été donnée par M. le Professeur agrégé P. Parisot, dans ses leçons cliniques de l'hospice Saint-Julien, pour expliquer

les premières manifestations de l'épilepsie arrivant à la dernière période de la vie. Chez le vieillard, l'influence des causes extérieures est donc très manifeste ; celle de l'hérédité de moins en moins notable.

Parmi les causes occasionnelles, les plus fréquentes que nous avons rencontrées, nous citons :

I. L'alcoolisme aigu. — Metzelard et Goblet.

II. Les excès de toute sorte, surtout les excès vénériens.

III. Les lésions organiques du poumon ou du cœur.

Alcoolisme aigu. — « Certains auteurs sou-
« tiennent que l'épilepsie causée par les excès
« alcooliques, n'est pas de l'épilepsie ; mais que
« l'on a affaire dans ce cas à des convulsions épi-
« leptiformes. Cette expression de convulsions
« épileptiformes est très juste dans les premiers
« temps de l'action toxique irritative, mais elle
« cesse de l'être plus tard.

« Un grand nombre des individus atteints de la
« sorte ne cessent pas d'avoir par intervalles des
« convulsions, alors même que les causes toxiques
« ont été supprimées tout à fait » (1).

Il est évident ici que l'alcool, n'a fait que mettre en lumière la névrose cachée. Si l'alcool était la cause réelle du mal, l'effet cesserait en même

(1) A. Voisin. — *Maladies mentales*, page 585.

temps que la cause ; or, nous voyons les phénomènes épileptiques continuer à se produire, alors que l'intoxication a été supprimée.

Excès vénériens. — Dans plusieurs observations, nous voyons l'épilepsie survenir à la suite d'excitations génitales. Pour Delasiauve, les appétits sexuels provoquent la maladie, il cite le cas de malades qui exempts d'attaques, alors qu'ils sont à l'asile, à l'abri des excitations, sont atteints de nouveau, dès qu'ils sortent et se livrent à des plaisirs sexuels même modérés (1).

D'après Trousseau, les habitudes solitaires fréquentes (onanisme), dérivent d'une névrose génitale qui accompagne ou précède la maladie dont elle n'est pour ainsi dire qu'un symptôme, mais qui peut devenir une cause puissante d'aggravation.

Troubles cardiaques et troubles circulatoires consécutifs. — M. Lemoine a insisté sur les rapports qui existent entre l'épilepsie et les troubles circulatoires d'origine cardiaque. Il a montré que sous l'influence de lésions valvulaires, il se produit des accès d'épilepsie heureusement modifiés par la digitale et la caféine (2).

Chez d'autres individus, on voit ces mêmes troubles circulatoires déterminer l'hystérie et différentes formes d'aliénation mentale. Comment une

(1) Delasiauve. — *De l'épilepsie.*

(2) Lemoine. — *De l'épilepsie d'origine cardiaque et de son traitement.*

seule et même cause produirait-elle des phénomènes si divers, si son action ne s'exerçait sur des organismes diversement prédisposés ?

Toutes les fois qu'un travail considérable est imposé au cœur, les désordres circulatoires qui se produisent, sont d'autant plus graves que l'individu est asystolique. La circulation cérébrale est entravée et des accidents convulsifs peuvent en être la conséquence. Mais, si nous prenons tous les vieillards asystoliques qui présentent de l'essoufflement, quelques troubles intellectuels, de la somnolence, nous ne trouvons nulle part chez eux de phénomènes épileptiques.

Pour que des accès épileptiques surviennent en l'absence de toute autre cause connue, chez un malade atteint d'une affection organique du cœur, il faut une prédisposition névropathique spéciale.

Enfin, dans l'observation de Metzelard, nous voyons les attaques d'épilepsie succéder à une lésion inflammatoire aiguë du poumon.

Sexe. — D'après les observations que nous avons recueillies, il semble que l'épilepsie soit plus fréquente chez l'homme que chez la femme. La proportion est à peu près de 2/1.

Dans la thèse du Dr Delanet, nous voyons souvent le mal comitial éclater à l'époque de la ménopause. « Il n'est pas rare, dit Portal (1), que

(1) Portal. — *Observations sur l'épilepsie*, 1827, p. 237.

« l'épilepsie survienne aux femmes par suite de
« leurs temps critiques. »

Cette période amène en effet un tel changement dans l'état général de la femme, qu'il est possible que par ce fait, l'attaque soit devancée.

Fréquence. — Nous n'avons certainement pas indiqué toutes les observations ; les unes ont pu échapper à nos recherches et toutes n'ont pas été publiées. Nous croyons cependant pouvoir affirmer que l'affection est relativement rare.

Age. — Dans nos observations, nous voyons que l'épilepsie éclate surtout entre 60 et 70 ans. Notre observation de Goblet prouve cependant, qu'à un âge avancé on peut encore voir se développer l'affection.

SYMPTOMES

Le début de la maladie est ordinairement brusque ; dans quelques cas cependant, l'intervalle de temps qui sépare la cause efficiente de la première attaque est occupé par des symptômes variés, étourdissements, bourdonnements d'oreille, troubles de la vue.

Ces phénomènes peuvent se compliquer de symptômes plus significatifs, crampes, spasmes viscéraux, convulsions partielles et vertiges. Obs. XVII.

Dans l'observation de Goblet, nous trouvons l'accès épileptique complet, avec ses trois périodes différentes : l'aura épileptique, la période des convulsions et celle des phénomènes post-épileptiques. Dans d'autres observations, une ou même deux de ces périodes font défaut, soit qu'elles aient réellement manqué, soit qu'on ait omis de les indiquer.

Les symptômes de l'affection, sont aussi variables chez le vieillard, qu'ils le sont chez l'adulte. Les deux formes de la maladie se rencontrent également chez lui.

Les phénomènes épileptiques qui constituent le petit mal, ont généralement une tendance plus

grande à se reproduire, et, pour cette raison ont été considérés par un grand nombre d'auteurs, comme plus dangeureux pour l'intelligence. Mais si les manifestations de la maladie sont plus espacées dans le grand mal, les accidents immédiats que parfois elles provoquent, les rendent plus redoutables encore.

Il y a donc un certain intérêt, à rechercher quelle est, dans l'épilepsie sénile, la forme la plus fréquente.

Si nous consultons nos observations, nous voyons que le grand mal se recontre plus souvent ; mais le petit mal passe peut être plus souvent inaperçu ; soit que la famille néglige de consulter un médecin pour des accidents qu'elle attribue à ce qu'on est convenu, dans le vulgaire, d'appeler « une faiblesse », soit que la durée de la crise n'ait pas été suffisante, pour permettre au médecin de la constater à son arrivée. Aussi hésitons-nous à affirmer, d'après nos observations, la fréquence plus grande du grand mal.

Nous n'avons pas d'observation de folie épileptique ; mais nous trouvons dans l'observation VI une diminution considérable de la mémoire et du jugement, et, chez Metzelard, une démence à peu près complète.

Cependant, si nous considérons que chez l'adulte, les accès répétés d'épilepsie amènent une sorte de défaillance intellectuelle, qui souvent à la longue, se transforme en une démence complète,

nous sommes tout disposé à admettre étant donné le peu de résistance, présenté par l'organisme du vieillard, que chez lui la perte de l'intelligence doit être plus rapide. « A égalité du nombre des paroxysmes, la démence paraît être, d'autant plus rapide que le sujet est plus âgé » (1). Dans certains cas, les troubles circulatoires qui accompagnent les convulsions violentes, déterminent des accidents de la plus haute gravité.

Shortes mentionne un cas de rupture du cœur, consécutive à l'intensité de la stase sanguine (2). On peut également observer de l'œdème pulmonaire ou de l'hémorrhagie cérébrale.

Ces accidents, consécutifs aux troubles circulatoires ont été observés chez l'adulte.

Les tissus du vieillard, modifiés par l'âge, présentent une moindre résistance. Le cœur droit est toujours un peu dilaté, la fibre musculaire plus ou moins dégénérée, les artères souvent athéromateuses, les poumons généralement emphysémateux. Ces altérations organiques rendent les troubles circulatoires plus redoutables et le pronostic plus sombre.

On a également observé chez l'adulte, consécutivement à la chute, des fractures siégeant sur diverses parties du squelette. La fragilité anormale

1) Féré. — *Loc. cit.*, page 468.

(2) Eichhorst. — *Traité de pathologie interne*, page 228.

des os du vieillard, et en particulier celle du col du fémur, rendra cette complication plus fréquente et d'autant plus grave que la consolidation, se faisant lentement, et même, quelquefois pas du tout, le malade obligé de garder le lit, sera exposé à de fréquentes congestions pulmonaires.

DIAGNOSTIC & TRAITEMENT

Le diagnostic différentiel doit être fait avec l'urémie, les lésions du cerveau et de ses enveloppes, et avec la syncope, chez les vieillards atteints d'une lésion organique du cœur.

La forme convulsive de l'urémie revêt ordinairement les caractères de l'épilepsie et comme dans le mal comitial certains symptômes peuvent faire défaut, l'accès urémique pourrait passer pour un accès d'épilepsie, si on ne tenait pas compte des causes qui lui ont donné naissance.

L'urémie, en effet, succède tantôt à une lésion du rein, tantôt à un obstacle siégeant dans les voies urinaires et s'opposant à l'évacuation de l'urine.

L'accès, dans ce cas, ne frappe pas subitement l'individu dans le cours d'une bonne santé apparente. D'un autre côté, les différents symptômes de la néphrite, œdème, urines albumineuses, etc., ceux de l'intoxication urineuse, troubles gastro-intestinaux, œdème pulmonaire; l'anurie complète consécutive aux obstacles mécaniques, mettront le médecin sur la voie du diagnostic.

Les phénomènes convulsifs que l'on rencontre dans les lésions du cerveau ou de ses enveloppes, dans les tumeurs des os du crâne ou de l'encéphale, tumeurs dans lesquelles les lésions tertiaires de la syphilis entrent pour une grande part, suivent une marche différente des phénomènes qu'on observe dans l'épilepsie.

Ils sont d'abord unilatéraux, deviennent bilatéraux ensuite, frappent un muscle, un membre, une moitié du corps ; mais ce n'est qu'à la longue, que les convulsions se généralisent. Les phénomènes paralytiques sont fréquents, et la perte absolue de connaissance est rare. Il ne faudra pas négliger de s'informer si le malade a fait une chute sur la tête ; on recherchera les signes d'une fracture ancienne, s'il n'existe sur le corps des lésions syphilitiques.

Chez le vieillard atteint d'une maladie de cœur, il faudra encore faire le diagnostic de la syncope, du vertige et de l'absence.

Un individu atteint de syncope devient pâle, son corps se couvre de sueur, ses extrémités sont froides, il tombe ; les membres sont dans la résolution, le pouls est petit, incomptable, il y a en même temps perte de mouvements, de connaissance et de sensibilité.

Au simple vertige épileptique, on peut opposer le premier degré de la syncope, la défaillance.

Dans la syncope, on a exceptionnellement un léger tremblement. Les convulsions ne s'observent

que dans les cas où la syncope se trouve liée à une hémorrhagie grave. Les expériences de Kusmaul ont démontré que ces phénomènes convulsifs étaient dus à l'anémie cérébrale aigüe.

Dans le vertige, les convulsions sont fréquentes.

L'obnubilation intellectuelle, que l'individu tombé en syncope éprouve à son réveil, est courte. Elle ne dure jamais une demi-heure, une heure et même une heure et demie, comme on le voit dans le vertige épileptique. Enfin dans la syncope, les phénomènes critiques font défaut.

Le traitement doit s'adresser à la maladie et à la cause qui l'a déterminée.

Le régime joue un rôle important dans le traitement de la maladie. Point de boissons excitantes, pas d'excès alcooliques; le malade devra observer une continence absolue, et on éloignera de lui tout sujet d'émotion, de contrariété et de fatigue.

De tous les médicaments employés contre l'épilepsie, c'est au bromure de potassium que l'on doit les plus nombreux succès.

C'est à ce médicament qui, chez Goblet, nous a donné de très bons résultats, que nous nous adresserons de préférence.

Le bromure de potassium sera donné à des doses progressives, variant de 2 à 6 grammes par jour,

suivant la tolérance du malade; de plus il doit être continué pendant plusieurs années.

On pourra prescrire :

Bromure de potassium.... 20 gr.

Eau distillée 300 gr.

Une cuillerée à bouche trois fois par jour.

TRAITEMENT DE L'ATTAQUE

En général, il faut se borner, l'attaque une fois réalisée, à bien coucher l'individu, à le préserver des traumatismes et à l'empêcher de se livrer, au réveil, à des actes violents.

Les congestions viscérales seront combattues au moyen des révulsifs.

Le traitement de la cause sera dans certains cas, un traitement prophylactique.

Mais lorsque l'épilepsie est liée à une lésion organique du cœur, il faudra combattre, à l'aide d'une médication cardiaque, l'affection qui a déterminé l'épilepsie, et qui souvent provoque les accès.

La digitale sera administrée à des doses variant de 0,15 à 0,30 centigrammes. L'état du rein sera surveillé avec le plus grand soin une lésion de cet organe sera considérée comme une contre indication absolue à l'emploi du médicament.

La caféine, à la dose de 0 gr. 50 à 1 gr. 50 dans une potion, peut donner d'excellents résultats, dans les cas où l'administration de la digitale est impossible.

CONCLUSIONS

Contrairement à certaines opinions émises, l'épilepsie, que nous avons soin de distinguer des phénomènes épileptiformes, se développe parfois chez le vieillard.

L'hérédité se rencontre moins souvent que chez l'adolescent.

L'épilepsie se présente chez le vieillard sous les formes qu'elle revêt chez l'adulte (grand mal, accès incomplet, petit mal).

Le pronostic de l'épilepsie est plus sérieux chez le vieillard que chez l'adolescent.

Vu :

Nancy, le 23 juillet 1890.

Le Président de la Thèse,

L. HECHT.

Vu :

et permis d'imprimer,

Nancy, le 2 juillet 1890.

Le Recteur,

M. MOURIN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BEAU. — *Archives générales de médecine*. Série II, t. II, 1833
- BLONDEAU. — *Étude sur le pouls lent et permanent*. Thèse de Paris 1879.
- CALMEIL. — *L'épilepsie étudiée sous le rapport de son siège et de son influence sur la production de l'aliénation mentale*. Thèse de Paris, 1824.
- DELANEF. — *De l'épilepsie tardive*. Thèse de Paris, 1883.
- DELASIAUVE. — *De l'épilepsie*, 1854.
- DEVAY. — *Gazette des hôpitaux*, 1861.
- FÉRÉ. — *Les épilepsies et les épileptiques*, 1890.
- FORESTUS. — *De cerebri morbis*, 1652.
- FOURNIER. — *Syphilis du cerveau*, 1880.
- GAUDICHIER. — *Echéance des accidents du cerveau dans la syphilis*. Thèse de Paris, 1861.
- GRASSET. — *Maladies du système nerveux*, 1886.
- EICHHORST. — *Traité de pathologie interne*, 1889.
- LASSÈGUE. — *Diagnostic de l'épilepsie*. — *Bulletin de l'Académie de médecine*. Paris 1877.
- LEMOINE. — *De l'épilepsie d'origine cardiaque et de son traitement*, 1875.
- LEURET. — *Archives gén. de médecine*. Série IV, tome II, 1834.

HERPIN. — *Du pronostic de l'épilepsie et de son traitement*, 1852.

MAISONNEUVE. — *Recherches et observations sur l'épilepsie*, 1803.

PORTAL. — *De l'épilepsie*, 1827.

ROSENTHAL. — *Clinique des maladies du système nerveux*, 1878.

SÉGLAS. — *Revue de médecine*, 1885.

TROUSSEAU. — *Clinique de l'Hôtel-Dieu*, 1873.

A. VOISIN. — *Maladies mentales et nerveuses*, 1876.
